

**Avaliação da qualidade da atenção primária: associação com o tipo de unidade de saúde****Quality assessment of primary care: association with type of health unit**

DOI:10.34119/bjhrv2n6-087

Recebimento dos originais: 07/10/2019

Aceitação para publicação: 16/12/2019

**Tatiane Baratieri**

Mestre em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Centro-Oeste  
Instituição: Universidade Estadual do Centro-Oeste  
Endereço: Rua Simeão Varela de Sá, 03. Bairro Vila Carli. Guarapuava/PR  
E-mail: baratieri.tatiane@gmail.com

**Clérito Kaveski Peres**

Mestre em Engenharia de Produção pela Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Doutorando em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina  
Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina  
Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, s/nº, Bairro Trindade, Florianópolis/SC, CEP: 88040-900  
E-mail: cleritokp@gmail.com

**Maicon Henrique Lentsck**

Doutor em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Centro-Oeste  
Instituição: Universidade Estadual do Centro-Oeste  
Endereço: Rua Simeão Varela de Sá, 03. Bairro Vila Carli. Guarapuava/PR  
E-mail: maiconlentsck@yahoo.com.br

**RESUMO**

Objetivo: Avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos usuários, associada ao tipo de unidade de saúde e fatores socioeconômicos. Métodos: Estudo avaliativo junto a 379 usuários dos serviços de atenção primária do município de Guarapuava/Paraná/Brasil entrevistados utilizando o instrumento Primary Care Assessment Tool-Brasil; estimou-se o nível de qualidade (0 a 10), sendo classificado como “escore alto” (>6,6) e “escore baixo” (≤6,6); analisou-se, por meio de regressão logística, a associação entre variáveis dependentes (escore essencial alto e escore geral alto) e independentes (tipo de unidade de saúde e variáveis socioeconômicas). Resultados: Na avaliação da qualidade da APS predominou o “escore baixo” (escore geral = 81,5%; escore essencial = 68,9%). A análise mostrou que usuários da unidade de saúde Tradicional avaliam pior a atenção primária, quando comparados aos usuários de unidades de Estratégia Saúde da Família (escore geral: Odds Ratio (OR)=0,28; escore essencial: OR=0,40). Quanto às variáveis de ajuste, houve associação entre escore geral alto e escore essencial alto com o ciclo de vida do usuário, de modo que acompanhantes de crianças têm mais chances de avaliar melhor o serviço quando comparados a idosos (OR=2,50 para escore geral alto; OR=2,36 para escore essencial alto). Conclusões: As

unidades de saúde tradicionais têm piores avaliações quando comparadas às unidades de saúde da família, e acompanhantes de crianças avaliam melhor a atenção primária, quando comparados a idosos.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Serviços de Saúde, Avaliação em Saúde.

## **ABSTRACT**

**Objective:** To evaluate the quality of Primary Health Care from the perspective of users, associated with the type of health unit and socioeconomic factors. **Methods:** Evaluative study with 379 users of primary care services in the city of Guarapuava / Paraná / Brazil interviewed using the Primary Care Assessment Tool-Brazil; the quality level was estimated (0 to 10), being classified as “high score” ( $> 6.6$ ) and “low score” ( $\leq 6.6$ ); Logistic regression analyzed the association between dependent variables (high essential score and high general score) and independent variables (type of health unit and socioeconomic variables). **Results:** In the evaluation of the quality of PHC, the “low score” predominated (overall score = 81.5%; essential score = 68.9%). The analysis showed that users of the Traditional Health Unit rate primary care worse when compared to users of Family Health Strategy units (overall score: Odds Ratio (OR) = 0.28; essential score: OR = 0.40). Regarding the adjustment variables, there was an association between high overall score and high essential score with the user's life cycle, so that child caregivers are more likely to better evaluate the service when compared to the elderly (OR = 2.50 for score high (OR = 2.36 for high essential score). **Conclusions:** Traditional health units have worse ratings compared to family health units, and caregivers better evaluate primary care when compared to the elderly.

**Keywords:** Primary Health Care, Health Services, Health Assessment.

## **1 INTRODUÇÃO**

A integração da rede de serviços de saúde requer a existência de um serviço de procura regular, no qual a Atenção Primária à Saúde (APS) deve constituir-se como a porta de entrada preferencial, com garantia de acesso aos outros pontos de atenção e a adoção de estratégias que associam ações e serviços para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas(1), e desempenha um papel importante no aumento da qualidade de todo o sistema de saúde(2,3), contribuindo para melhores resultados em saúde, maior equidade e redução de custo para o sistema(1).

No Brasil a APS é regulamentada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual o ideário de APS de Alma-Ata é retomado, além de resgatar o conceito ampliado de saúde da Constituição Federal de 1988, assumindo APS e Atenção Básica (AB) como sinônimos(4).

O Brasil adota a Estratégia Saúde da Família (ESF) como prioritária para a reorganização da APS, tendo caráter substitutivo às unidades básicas de saúde (UBS) tradicionais, com foco na atuação no território, desenvolvimento de atividades em

conformidade com a programação e planejamento local, busca da intersetorialidade e espaço de construção da cidadania (5).

Entendendo a APS como ordenadora do sistema de saúde se assume quatro atributos essenciais: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação da atenção, aumentando seu poder de interação com os indivíduos e com a comunidade ao apresentar também atributos derivados, que qualificam as ações desses serviços, tais como: a atenção à saúde centrada na família, a orientação comunitária e a competência cultural(1).

Neste cenário, surge o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), método desenvolvido pela *Johns Hopkins Primary Care Policy Center* para medir a extensão e a qualidade dos serviços de APS por meio da verificação de seus atributos essenciais e derivados, por meio de entrevista a usuários, profissionais e/ou gestores (2,6–10). O PCATool foi validado em diversos países, como o Brasil, e seus escores podem ser utilizados como indicadores da qualidade da atenção, contribuindo como um instrumento para a investigação de serviços de saúde brasileiros (7,11).

Nesse contexto, os usuários são considerados balizadores da qualidade da assistência prestada nos serviços de APS(4), e a avaliação da satisfação dos usuários nos serviços públicos de saúde auxiliam na construção de uma nova perspectiva de cuidado, no monitoramento de ações desses serviços, no fortalecimento do controle social, na inclusão dos usuários no planejamento em saúde(12).

Dessa forma, este estudo reveste-se de grande importância quando se pretende saber como a população adscrita às UBS avalia o atendimento oferecido e procura identificar a associação da avaliação positiva da APS ao tipo de unidade de saúde (unidade de ESF ou unidade tradicional), considerando os fatores socioeconômicos envolvidos, os quais podem influenciar na avaliação. Essa análise permite repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando seu aprimoramento. Assim, o estudo objetivou analisar a qualidade da APS na perspectiva dos usuários, associada ao tipo de unidade de saúde e fatores socioeconômicos.

## 2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo avaliativo com delineamento transversal e abordagem quantitativa. O cenário do estudo foi o município de Guarapuava/PR que é dividido em cinco Distritos Sanitários de Saúde, para fins de organização e planejamento. Esses distritos são

compostos pelas 31 Unidades Básicas de Saúde (UBSs), e a divididos com base no número populacional e área geográfica do município.

Para o presente estudo foi selecionado o distrito sanitário, composto por cinco UBSs, que apresenta proximidade com uma das Instituições de Ensino Superior do município, que abriga estágios, aulas práticas e pesquisas da área da saúde, o que contribui para a articulação ensino-serviço.

A população da pesquisa foi constituída pelos usuários dos serviços de APS no Distrito, com total de 29.177. Foi realizado cálculo amostral por meio da técnica de amostragem probabilística aleatória estratificado proporcionalmente pelas cinco UBS do distrito, que considerou o número de usuários em cada UBS, resultado em uma amostra de 379 participantes.

Previamente ao início da coleta de dados foi realizada uma oficina de capacitação com todos os entrevistadores, ministrada por especialistas na área. Posterior à capacitação foi aplicado o pré-teste, com o intuito de qualificar os entrevistadores junto a 15 usuários da APS em uma unidade de saúde não pertencente ao Distrito Sanitário em estudo.

Foram incluídos usuários com: mais de 18 anos; usuário regular da APS há mais de um ano; tiveram atendimento prévio na respectiva unidade; concordaram em participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídas pessoas sem capacidade cognitiva para responder ao questionário. Entrevistou-se 278 usuários adultos e 101 acompanhantes de crianças (menores de 12 anos).

Para levantar o perfil socioeconômico dos usuários, foi utilizado um questionário estruturado elaborado pelos pesquisadores, contendo: ciclo de vida do usuário atendido (criança, adulto, idoso), sexo, escolaridade, se trabalhava e se possuía plano de saúde. Para a avaliação da APS foi aplicado o PCATool-Brasil versão adulto para os usuários adultos, e o PCATool-Brasil versão criança para pais ou acompanhantes de crianças (6).

A coleta de dados se deu entre os meses de fevereiro a junho de 2016, por meio de entrevistas em sala reservada nas unidades de saúde, com uso de *tablets* e do *software E-form*, desenvolvido para criação de questionários, pelo departamento de informática da Unicentro.

Para a seleção dos participantes do estudo foi utilizada abordagem sistemática na fila de espera para consulta junto aos profissionais de saúde. Iniciou-se convidando o último usuário da fila de espera para atendimento, e frente à recusa, o convite era realizado imediatamente ao anterior, e assim sucessivamente.

Os Escores obtidos com a avaliação pelo PCATool foram classificados de acordo com um ajustamento dos escores apontados na escala de Likert original a uma escala entre zero e

dez. O ponto de corte para a classificação seguiu a recomendação de estudos que aplicaram o mesmo instrumento, sendo  $<$  ou igual a 6,6 considerado Escore Baixo e  $>6,6$  Escore Alto (13,14).

As variáveis foram descritas com frequências e percentuais. A associação bivariada entre o Escore Alto de avaliação da APS segundo as variáveis independentes foi avaliada pela Regressão Logística. A análise multivariada se deu por meio de modelos de regressão logística utilizando o modelo *backward elimination*, que estimaram o *Odss Ratio* (OR) e respectivos intervalos de confiança (IC). Foram incluídas na análise multivariada as variáveis que tiveram  $p < 0,20$  na análise bivariada. Foram mantidas no modelo final as variáveis que permaneceram significativas ( $p < 0,05$ ) ou que ajustaram o modelo. A comparação de modelo foi realizada pelo “teste de razão de probabilidade após estimativa” e o teste de *Hosmer-Lemeshow* foi utilizado para avaliar o ajuste dos modelos de regressão logística, permitindo a escolha do modelo final. Os dados foram analisados com o *software Stata* versão 14.

O presente estudo seguiu o disposto pela Resolução CNS/MS 466/2012, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (parecer nº1093.373/2015).

### 3 RESULTADOS

Entre os 379 usuários que participaram do estudo, houve predominância de usuários adultos (55,9%). Quanto às características socioeconômicas dos entrevistados, houve maior percentual para pessoas do sexo feminino (71,8%), com ensino médio (48,0%), sem trabalho (61,2%) e sem plano de saúde (62,0) (Tabela 1).

Quanto à avaliação da qualidade da APS verificou-se que, tanto para o escore geral, quanto para o essencial, houve predominância do “escore baixo” (81,5% e 68,9%, respectivamente), para ambos os tipos de unidades de saúde (Tabela 1).

Tabela 1: Características da amostra e escores de avaliação da APS, segundo tipo de unidade de saúde. Guarapuava/Paraná/Brasil. 2016. n=379

Variáveis	ESF n=119		Tradicional n=260		Total n=379	
	n	%	n	%	n	%
<b>Ciclo de vida</b>						
Criança	30	25,2	71	27,3	101	26,7
Adulto	76	63,9	136	52,3	212	55,9
Idoso	13	10,9	53	20,4	66	17,4
<b>Sexo</b>						
Feminino	81	68,1	191	73,5	272	71,8
Masculino	38	31,9	69	23,5	107	28,2

<b>Escolaridade</b>						
Não alfabetizado	7	5,9	9	3,5	16	4,2
Ensino Fundamental	72	60,5	78	30,0	150	39,6
Ensino Médio	32	26,9	150	57,7	182	48,0
Ensino Superior	8	6,7	23	8,8	31	8,2
<b>Trabalho</b>						
Não	70	58,8	162	62,3	232	61,2
Sim	49	41,2	98	37,7	147	38,8
<b>Plano de saúde</b>						
Não	74	62,2	161	61,9	235	62,0
Sim	45	37,8	99	38,1	144	38,0
<b>Escore geral</b>						
Escore Baixo	82	68,9	227	87,3	309	81,5
Escore Alto	37	31,9	33	12,7	70	18,5
<b>Escore essencial</b>						
Escore Baixo	67	56,3	194	74,6	261	68,9
Escore Alto	52	43,7	66	25,4	118	31,1

A Tabela 2 apresenta a associação bivariada entre as variáveis independentes (“escore geral alto” e “escore essencial alto”) e variáveis dependentes (tipo de unidade de saúde e características socioeconômicas). Para o escore geral houve associação significativa com as variáveis: tipo de unidade de saúde, entrevistado e plano de saúde. Em relação ao escore essencial, houve associação significativa com as variáveis: tipo de unidade de saúde, sexo, entrevistado e plano de saúde.

Tabela 2: Associação bivariada entre escore geral e essencial da avaliação da APS e variáveis independentes (tipo de unidade de saúde e características socioeconômicas). Guarapuava/Paraná/Brasil. 2016. n=379

Variáveis	Escore geral alto			Escore essencial alto		
	OR bruta	IC (95%)	p-valor	OR bruta	IC (95%)	p-valor
<b>Tipo de UBS</b>						
ESF	1,00			1,00		
Tradicional	0,32	(0,19;0,55)	<b>&lt;0,001*</b>	0,44	0,28;0,70	<b>&lt;0,001*</b>
<b>Ciclo de vida</b>						
			<b>&lt;0,001**</b>			<b>&lt;0,001**</b>
Criança	2,72	(1,23;6,00)	0,013*	2,51	1,27;4,93	0,008*
Adulto	0,82	(0,37;1,80)	0,614*	0,98	0,52;1,85	0,963*
Idoso	1,00			1,00		
<b>Sexo entrevistado</b>						
Feminino	1,00			1,00		
Masculino	1,31	(0,75;2,30)	0,342*	1,40	0,87;2,25	<b>0,162*</b>
<b>Escolaridade entrevistado</b>						
			0,570**			0,684**
Não alfabetizado	1,00			1,00		
Ensino Fundamental	0,69	(0,21;2,30)	0,543	1,17	0,38;3,54	0,785

Ensino Médio	0,59	(0,18;1,96)	0,391	0,88	0,29;2,66	0,821
Ensino Superior	1,04	(0,26;4,18)	0,952	0,90	0,25;3,34	0,875
<b>Trabalho</b>						
Não	1,00			1,00		
Sim	0,92	(0,54;1,57)	0,755*	1,12	0,72;1,75	0,611
<b>Plano de saúde</b>						
Não	1,00			1,00		
Sim	0,60	(0,34;1,05)	<b>0,074*</b>	0,73	0,46;1,16	<b>0,183</b>

\*Regressão logística bivariada: p-valor = 0,20

\*\*Teste de Wald: p-valor = 0,20

Ao realizar a associação multivariada (Tabela 3) entre “escore geral alto” e variáveis independentes, a variável “plano de saúde”, perdeu a significância estatística ( $p=0,062$ ) e não conferiu diferença entre os modelos com e sem a referida variável ao realizar o “teste de razão de probabilidade após estimativa” ( $p=0,056$ ). Além disso, o modelo sem a variável “plano de saúde” apresentou melhor ajuste segundo o teste Hosmer-Lemeshow (Hosmer-Lemeshow = 0,54), quando comparado ao modelo com a variável (Hosmer-Lemeshow = 0,16).

A análise de regressão logística mostrou que o escore geral alto teve associação com o tipo de unidade de saúde, sendo que os participantes entrevistados em unidade de saúde tradicional avaliam pior a APS, quando comparados aos de unidades de ESF ( $OR=0,28$ ). Em relação à variável “entrevistado”, os usuários acompanhantes de criança têm 2,50 vezes mais chances de avaliar melhor os serviços de APS quando comparados aos idosos (Tabela 3).

Na associação multivariada entre “escore essencial alto” e variáveis independentes, as variáveis “sexo” ( $p=0,93$ ) e “plano de saúde” ( $p=0,171$ ) não mantiveram significância estatística, não sendo mantidas no modelo final, o qual apresentou excelente ajuste (Hosmer-Lemeshow = 0,99).

A análise multivariada evidencia que, para o “escore essencial alto”, usuários de unidade de saúde tradicional avaliam pior o serviço de APS ( $OR=0,40$ ), e acompanhantes de crianças ( $OR=2,36$ ) tem mais chances de avaliar melhor o serviço quando comparados a idosos (Tabela 3).



Tabela 3: Associação multivariada entre escores de avaliação da APS e tipo de unidade de saúde, ajustada pela variável entrevistado. Guarapuava/Paraná/Brasil. 2016. n=379

Variáveis	Escore geral alto		Escore essencial alto	
	OR ajust. IC (95%)	p-valor	OR ajust. IC (95%)	p-valor
<b>Tipo de UBS</b>				
ESF	1,00		1,00	
Tradicional	0,28 (0,16;0,49)	<b>&lt;0,001*</b>	0,40 (0,25;0,65)	<b>&lt;0,001*</b>
<b>Ciclo de vida</b>		<b>&lt;0,001**</b>		<b>&lt;0,001**</b>
Criança	2,50 (1,11;5,65)	0,027*	2,36 (1,18;4,70)	0,015*
Adulto	0,63 (0,28;1,43)	0,270*	0,84 (0,44;1,60)	0,593*
Idoso	1,00		1,00	

\*Regressão logística multivariada: p-valor = 0,05

\*\*Teste de Wald: p-valor = 0,05

#### 4 DISCUSSÃO

O presente estudo permitiu realizar a avaliação da APS por usuários adultos/idosos (278) e acompanhantes de crianças (101) identificando sua associação com o tipo de unidade de saúde.

Os resultados apontam predominância de adultos, do sexo feminino, com ensino médio, sem trabalho e sem plano de saúde, corroborando com outros estudos (4,10,15–18). Quanto à escolaridade houve maioria com ensino médio, o que também corrobora com estudos recentes, indicando melhora no nível educacional da população brasileira nos últimos anos (15,19,20), e acompanha estudos internacionais (10,18).

Quanto a questão econômica, a maioria dos entrevistados não possuía trabalho, nem plano de saúde, podendo remeter ao baixo nível socioeconômico dos usuários do SUS (21). Apesar disso, os dados quanto ao plano de saúde superam o uso desse serviço quando comparados à média nacional, que é de 25,1% (22). A procura pela saúde suplementar se dá quando os usuários estão insatisfeitos com o SUS (23), reconhecem o sistema privado como mais eficiente do que o público (23,24).

Ao analisar a avaliação da qualidade da APS verificou-se que, tanto para o escore geral, quanto para o essencial, houve predominância do “escore baixo”, de modo que o escore



essencial geral, o qual é composto pelos atributos derivados, foi pior avaliado, com 81,5% dos usuários apontando para escore baixo. Apesar dos esforços envidados nos últimos anos no Brasil para a ampliação do acesso dos usuários à APS, melhorar sua qualidade ainda tem sido um desafio, especialmente em relação aos atributos integralidade (essencial), “acesso de primeiro contato – acessibilidade” (essencial), e orientação familiar e comunitária (derivados) (9,12,14,20,25–27).

A literatura aponta a baixa qualidade da APS no país (4,26,28,29), dados contrários aos encontrados em estudos internacionais cujos países têm APS forte (9,10).

Considerando que o escore geral teve pior avaliação do que o escore essencial, identifica-se a contribuição dos atributos derivados para a avaliação negativa da qualidade da APS, fato esse sustentado pela literatura sobre o tema, indicando insatisfação dos usuários com a orientação familiar e comunitária (14,15,25–27,29).

Na análise multivariada o presente estudo atingiu o objetivo proposto ao encontrar diferença significativa entre a avaliação positiva da APS (escores geral e essencial altos) e tipo de unidade de saúde, identificando que os usuários avaliam pior as unidades de saúde tradicionais quando comparadas às unidades de ESF. No Brasil, a ESF tem sido a estratégia adotada, desde 1994, para reorientar a APS, e os resultados do presente estudo evidenciam seu potencial de melhor qualidade, dado esse também encontrado por outros estudos avaliativos (4,14,16,26).

Ao longo do processo de implantação do SUS foram realizados inúmeros investimentos para expansão e consolidação da saúde da família, justificando sua superioridade na atenção à saúde (4). Estudo realizado na Coréia do Sul aponta que os usuários avaliam melhor a APS quando são atendidos por médicos de família, e reconhecem que o cuidado centrado na família é importante para avaliação positiva da APS (10).

A ESF tem um potencial para mudança do modelo assistencial por valorizar as necessidades de saúde das pessoas, considerando o contexto que essas estão inseridas, seja no que tange a família como o contexto comunitário (5). Esses aspectos podem ser percebidos no presente estudo quando os usuários atribuem melhor avaliação no escore geral, o qual contempla orientação familiar e comunitária, para as unidades de ESF, quando comparadas às unidades tradicionais (Tabela 1).

Além da melhor qualidade da ESF em relação às unidades tradicionais, estudos demonstram que a ESF, ao longo de sua implantação, teve impactos positivos na redução da mortalidade infantil, redução da mortalidade por condições cardíacas e cerebrovasculares e

diminuição das internações por condições sensíveis à APS(30–32), reforçando a importância de sua permanência como modelo prioritário de atenção à saúde.

Ao inserir a variável de ajuste “ciclo de vida” na análise multivariada verificou-se que essa contribuiu para aumentar a força do OR no sentido de potencializar as chances de os usuários avaliarem pior a unidade tradicional comparada a ESF. Na análise dessa variável identifica-se que acompanhantes de crianças avaliaram melhor o serviço de APS quando comparados aos usuários idosos, não havendo significância estatística para adultos.

A maior satisfação dos acompanhantes de crianças pode estar relacionada ao fato de que essa população tem sido priorizada pelas políticas de saúde do Brasil nos últimos anos, como por exemplo pela implantação da Rede Cegonha em 2011(33), havendo garantia de atendimento e espaço na agenda das equipes de saúde, evitando fila de espera e demora no atendimento(34).

Estudos avaliativos identificaram que acompanhantes de criança avaliam melhor as unidades de ESF, do que as tradicionais (13,35). Além disso, há insatisfação dos idosos com a APS, especialmente quanto aos atributos integralidade, orientação familiar e acessibilidade (36). Idealmente, a população idosa, por ser uma das parcelas mais vulneráveis da população, deveria ser assistida prioritariamente e com equidade, no entanto, evidencia-se que essa constatação não faz parte da realidade da atenção no âmbito da APS (36).

A literatura internacional tem evidenciado que sistemas de saúde com APS forte são mais resolutivos (1). No Brasil, apesar de a ESF se apresentar como o melhor modelo de APS, sua qualidade ainda está aquém do ideal, necessitando reformulações que impliquem em melhorias na estrutura e processo desse ponto de atenção, impactando em oferta de serviços de APS mais qualificados (35).

## **5 CONCLUSÕES**

Conclui-se que as unidades de saúde tradicionais são pior avaliadas pelos usuários quando comparadas às unidades de ESF, e que acompanhantes de crianças avaliam melhor a APS, quando comparados a idosos.

O estudo fornece subsídios para orientar a gestão municipal em mudanças na oferta dos serviços de APS, com vistas a ampliar sua resolutividade e melhorar a satisfação dos usuários, especialmente no que se refere aos aspectos de orientação familiar e comunitária. Além disso, indica a necessidade de ampliar a oferta dos serviços de APS por meio de equipes de saúde da família, as quais são reconhecidas pelo seu potencial para oferecer APS de maior qualidade. E,

ainda, reconhece a baixa avaliação da APS pelos idosos, o que requer da gestão municipal a reorientação dos serviços para assistir essa população de acordo com suas necessidades.

O estudo apresentou algumas limitações, como o próprio instrumento PCATool, que considera, para cálculo dos escores, os mesmos “pesos” para os diferentes atributos, além de ser longo e cansativo para o entrevistador e entrevistado. Outras limitações se referem ao fato de ser realizado em apenas uma região do município, não permitindo generalização; o dado renda não foi coletado por problemas com o *software* utilizado na coleta, limitando a análise socioeconômica; a avaliação limitou-se à visão dos usuários, os quais, segundo a literatura(12), tendem a avaliar negativamente o serviço público; e além disso trata-se de um estudo transversal, enfrentando assim as limitações do próprio tipo de estudo.

## REFERÊNCIAS

1. Starfield B. Atenção Primária. Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia. Brasília: UNIESCO; 2002. 177 p.
2. Aoki T, Inoue M, Nakayama T. Development and validation of the Japanese version of Primary Care Assessment Tool. Fam Pract. 2016;33(1):112–7. DOI: 10.1093/fampra/cmz087.
3. Hu R, Liao Y, Du Z, Hao Y, Liang H, Shi L. Types of health care facilities and the quality of primary care: a study of characteristics and experiences of Chinese patients in Guangdong Province, China. BMC Heal Serv Res. 2016;16:1–11. DOI:10.1186/s12913-016-1604-2.
4. Paula WKAS de, Samico IC, Caminha M de FC, Filho MB, Silva SL da. Primary health care assessment from the users’ perspectives: a systematic review. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(2):335–45. DOI: 10.1590/S0080-623420160000200021.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. 2017.
6. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil. Brasília; 2010.
7. Harzheim E, Oliveira MMC, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Gonçalves MR, et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil

- adultos. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(29):274–84. DOI:[https://doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)829](https://doi.org/10.5712/rbmfc8(29)829).
8. Bresick GF, Sayed AR, Le Grange C, Bhagwan S, Manga N, Hellenberg D. Western Cape Primary Care Assessment Tool (PCAT) study: Measuring primary care organisation and performance in the Western Cape Province, South Africa (2013). *Afr J Prim Heal Care Fam Med*. 2016;8(1):e1–12. DOI:<https://doi.org/10.4102/phcfm.v8i1.1057>.
  9. Carroll JC, Talbot Y, Permaul J, Tobin A, Moineddin R, Blaine S, et al. Academic family health teams part 1: patient perceptions of core primary care domains. *Can Fam Physician*. 2016;62(1):e23–30. Available from:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27331228>.
  10. Kim KY, Lim K, Park EW, Choi EY, Cheong YS. Patients' perceived quality of family physicians' primary care with or without "family medicine" in the clinic name. *Korean J Fam Med*. 2016;37(5):303–7. DOI:10.4082/kjfm.2016.37.5.303.
  11. Fracolli LA, Gomes MFP, Nabão FRZ, Santos MS, Cappellini VK, Almeida ACC de. Primary health care assessment tools: a literature review and metasynthesis. *Cien Saude Colet*. 2014;19(12):4851–60. DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141912.00572014>.
  12. Silva CS de O e, Fonseca ADG, Souza LPS e, Siqueira L das G, Belasco AGS, Barbosa DA. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. *Cien Saude Colet*. 2014;19(11):4407–15. DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.14122013>.
  13. Oliveira VBCA, Veríssimo M de L ó. R. Children's health care assistance according to their families: A comparison between models of Primary Care. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(1):30–6. DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000100004>.
  14. Chomatas E, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(29):294–303. DOI:[https://doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)828](https://doi.org/10.5712/rbmfc8(29)828).
  15. Alencar MN de, Coimbra LC, Morais APP, Silva AAM da, Pinheiro SR de A, Queiroz RC de S. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. *Cien Saude Colet*. 2014;19(2):353–64. DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.08522012>.
  16. Marin MJS, Moracvick MYAD, Marchioli M. Health service access: comparing

- professionals' and users' views of primary care. *Rev Enferm UERJ*. 2014;22(5):629–36. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2014.4238>.
17. Paes NA, Silva CS, Monteiro TMF, Cardoso MAA, Oliveira JL. Satisfação dos usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção primária no Brasil: um estudo de validação. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;36(2):87–93. Disponível em: [https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892014000700003](https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892014000700003).
  18. Carroll JC, Talbot Y, Permaul J, Tobin A, Moineddin R, Blaine S, et al. Academic family health teams Part 2: patient perceptions of access. *Can Fam Physician*. 2016;62(C):e31–9. Available from: <http://www.cfp.ca/content/62/1/e31>.
  19. Vaz EMC, Magalhães RKBP, Toso BRG de O, Reichert AP da S, Collet N. Longitudinalidade do cuidado à criança na Estratégia Saúde da Família. *Rev Gauch Enferm*. 2015;36(4):49–54. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/51862/35662>.
  20. Lima E de FA, Sousa AI, Primo CC, Leite FMC, Lima R de CD, Maciel ELN. An assessment of primary care attributes from the perspective of female healthcare users. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015;23(3):553–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0496.2587>.
  21. Castro ALB de C, Andrade CLT, Machado CV, Lima LD. Condições socioeconômicas, oferta de médicos e internações por condições sensíveis à atenção primária em grandes municípios do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2015;31(11):2353–66. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126114>.
  22. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Foco - saúde suplementar. 4th ed. Agência Nacional de Saúde Suplementar, editor. Rio de Janeiro; 2012.
  23. Azevedo BDS, Biondo CS, Sena EL da S, Boery RNS de O, Yarid SD. Reflexão bioética sobre o acesso à saúde suplementar no Brasil. *Acta Bioeth*. 2015;21(1):117–25. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v21n1/art15.pdf>
  24. Owolabi O, Zhang Z, Wei X, Yang N, Li H, Wong SY, et al. Patients' socioeconomic status and their evaluations of primary care in Hong Kong. *BMC Health Serv Res*. 2013;13(1). DOI:10.1186/1472-6963-13-487.
  25. Silva SA da, Fracolli LA. Avaliação da assistência à criança na Estratégia de Saúde da Família. 2016;69(1):54–61. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690107i>.
  26. Harzheim E, Pinto LF, Hauser L, Soranz D. Avaliação dos usuários crianças e adultos

- quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2016;21(5):1399–408. DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.26672015>.
27. Sá F dos S, Oliveira CDL, Fernandino D de M, Pádua CAM, Cardoso CS. Assessment of primary health care from the perspective of patients hospitalized for ambulatory care sensitive conditions. *Fam Pract*. 2016;33(3):243–8. DOI:10.1093/fampra/cmz096.
  28. Gonçalves MR, Hauser L, Prestes IV, Schmidt MI, Duncan BB, Harzheim E. Primary health care quality and hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in the public health system in Porto Alegre, Brazil. *Fam Pract*. 2016;33(3):238–42. DOI:10.1093/fampra/cmz051.
  29. Santos NCC de B, Vaz EMC, Nogueira JA, Toso BRG de O, Collet N, Reichert AP da S. Presença e extensão dos atributos de atenção primária à saúde da criança em distintos modelos de cuidado. *Cad Saude Publica*. 2018 Feb 5;34(1):e00014216. DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00014216>.
  30. Bastos ML, Menzies D, Hone T, Dehghani K, Trajman A. The impact of the Brazilian family health on selected primary care sensitive conditions: A systematic review. *PLoS One*. 2017;12(12):e0189557. DOI:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182336>.
  31. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ*. 2014;348:g4014. DOI:<https://doi.org/10.1136/bmj.g4014>.
  32. Venancio SI, Rosa TE da C, Sanches MTC, Shigeno EY, Souza JMP. Efetividade da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança no Estado de São Paulo. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2016;16(3):283–93.
  33. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. 2011.
  34. Furtado MC de C, Braz JC, Pina JC, de Mello DF, de Lima RAG. A avaliação da atenção à saúde de crianças com menos de um ano de idade na Atenção Primária. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013;21(2):554–61.
  35. Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MM, Celestina. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2011;11(3): 323-334. DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292011000300013>.

36. Araújo LUA de, Gama ZA da S, Nascimento FLA do, Oliveira HFV de, Azevedo WM de, Almeida Júnior HJB de. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. Cien Saude 2014;19(8):3521–32.